

Anmeldung

Krankenkasse

Name des Patienten, geb. am , Geburtsort

Name des Versicherten (Erziehungsberechtigten), geb. am

Straße:

Telefonnummer:

PLZ/ Wohnort

E-mail Adresse

(bitte beachten Sie, dass ab sofort Rechnungen und Schriftverkehr per Mail versendet werden)

Zahnarzt

Befragung gemäß §28/1 RöV

Die Beantwortung nachstehender Fragen ist gesetzlich vorgeschrieben

- **Sind Sie in den letzten 12 Monaten im Kopf/Kieferbereich geröntgt worden?**

ja nein

- **Wenn ja, bei wem : _____ wann _____**

- **Sind Sie im Besitz eines Röntgenpasses?** ja nein

Besteht eine Infektionskrankheit (Aids, Hepatitis C) ? ja nein

- **Sind Sie bei einem anderen Kieferorthopäden vorstellig geworden? ja nein**

Wenn Ja: Bei wem? _____

- **Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?:**

Internet Gelbe Seiten Gewusst Wo Empfehlung Sonstige

**Wird bei Ihrem Kind bereits eine Individualprophylaxe durch den Zahnarzt durchgeführt?
(Anfärbung der Zähne, Putztechnik, Versiegelung, usw.)**

ja nein

Auch wenn sich mein Kind in kieferorthopädischer Behandlung befindet, werde ich hiermit informiert, dass mein Kind zweimal im Jahr zur Kontrolle zu seinem Hauszahnarzt gehen soll.

Ich verpflichte mich eintretende Änderungen während der gesamten Behandlungsdauer der Praxis unaufgefordert mitzuteilen.

Datum

Unterschrift